



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO - DF e GO

REQUERIMENTO DE REGISTRO PROFISSIONAL SECUNDÁRIO

NOME COMPLETO		CREFITO DE ORIGEM:	
FILIAÇÃO Nome do Pai _____ Nome da Mãe _____			
GÊNERO [] Masculino [] Feminino []	DATA NASCIMENTO ____/____/____	NACIONALIDADE [] Brasileira [] Estrangeira. Qual?	
NATURALIDADE (LOCAL DE NASCIMENTO)	IDENTIDADE (RG) Nr _____ Órgão emitente _____	Data Emissão / /	CPF
TÍTULO DE ELEITOR Nº _____ Zona nº _____ Seção _____ Município/UF _____	CERTIFICADO DE RESERVISTA Nr _____ CSM _____ Data emissão ____/____/____		
ENDEREÇO			Nº
COMPLEMENTO	BAIRRO	CIDADE	UF
CEP	TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE CELULAR	E-MAIL PESSOAL
INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR	ÁREA DE FORMAÇÃO [] FISIOTERAPIA [] TERAPIA OCUPACIONAL	DATA CONCLUSÃO DE CURSO / /	DATA COLAÇÃO DE GRAU / /

- Endereço Comercial (Preenchimento obrigatório caso esteja empregado)

RAZÃO SOCIAL				
NOME FANTASIA		CNPJ	NR CREDITO 11	
NATUREZA DA ATIVIDADE DA EMPRESA [] FISIOTERAPIA [] TERAPIA OCUPACIONAL		ENDEREÇO		
Nº	COMPLEMENTO	BAIRRO	CIDADE	UF
CEP	TELEFONE COMERCIAL ()	E-MAIL		

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS (ORIGINAIS) EXIGIDOS NO ATO DO REGISTRO

1. Requerimento devidamente preenchido e assinado pelo requerente;
2. Diploma de Graduação ou Certidão de conclusão de graduação acompanhada de Histórico acadêmico (o curso deve ser autorizado e reconhecido pelo Ministério da Educação);
3. Carteira de Identificação Profissional (Tipo Livro);
4. 02(duas) fotos iguais, tamanho 3x4, de frente, fundo branco, coloridas, sem datas e marcas (Sexo masculino: paletó e gravata; Sexo feminino: traje respeitoso devendo evitar decotes);
5. Certidão de nascimento ou Certidão de casamento;
6. Carteira de Identidade e CPF;
7. Título de Eleitor e comprovante de quitação com a Justiça Eleitoral;
8. Certificado de Reservista (requerentes do sexo masculino); e
9. Comprovante de Residência recente e com CEP.
10. Comprovante de pagamento de anuidade(s), taxas e/ou emolumentos

IMPORTANTE:

- CÓPIA DOS DOCUMENTOS ENVIADOS POR CORREIO DEVEM SER AUTENTICADAS EM CARTÓRIO;

[] **Autorizo o envio de informações e documentação para meu e-mail cadastrado no Conselho.**

_____, ____ de _____ de 20____

Assinatura do Requerente